


SCHEDA PER LA NOTIFICA DEGLI EVENTI E DELLE REAZIONI AVVERSE

 Da inviare via e-mail a: rischioclinico.cnt@iss.it
Cod. evento n° _____ (assegnato dal CNT e da riportare nelle successive comunicazioni)

Settore coinvolto	<input type="checkbox"/> ORGANI	
Centro Interregionale di Riferimento		
Centro Regionale di Riferimento		
Identificazione del Compilatore <small>(personale del CRT o responsabile della sicurezza del CRT)</small>		
Data di compilazione della scheda		
Soggetti coinvolti <small>(donatore e/o ricevente e/o operatori)</small>	Donatore: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Ricevente: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Donazione vivente: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no SIT: _____ Operatori: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	se sì: cod SIT donatore: _____ se sì: cod iscrizione SIT: _____ se sì: cod don vivente _____ se si indicarli:
Data in cui si è verificato l'EA/RA <small>(indicando eventualmente la data in cui è stato rilevato, se successiva)</small>		
Luogo dell'evento / reazione		
Fase del processo interessata*		
Tipo di evento	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> NM	ES: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Tipologia del rischio °		
Descrizione dell'evento		
SCORE stimato alla segnalazione <small>(tabella colori)</small>	Frequenza (F) = ____ Gravità (G) = ____ Score Rischio (FxG) = ____	
Conseguenze stimate		
Possibili cause/fattori contribuenti		
Azioni correttive e preventive immediate		
Segnalazione Inoltrata a: <input type="checkbox"/> CNT <input type="checkbox"/> CIR <input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/> Altre strutture _____ con allegata relazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

(* vedi tabella 1)

° Neo = neoplastico; Inf= infettivo; Org = organizzativo; Ges= gestionale; Imm= immunologico; Chir= chirurgico; Altro: specificare



REPORT DI ANALISI DELL'EVENTO / REAZIONE AVVERSA*

Da inviare via e-mail a: rischioclinico.cnt@iss.it

ID caso: _____						
Settori coinvolti		<input type="checkbox"/> ORGANI				
CIR						
CRT						
Autore Report						
Data di invio del report						
Data della segnalazione						
Conferma evento?		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/> no				
Modifica tipo di evento?		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì indicare nuovo tipo evento: <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> NM ES: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no				
Analisi caso						
Descrizione dell'evento (riportare cronologia dei fatti dettagliata ricostruita durante l'analisi, max 300 caratteri)						
Standard di riferimento (elenco bibliografica, linee guida, procedure pertinenti)		allegato file: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no n. file allegati:				
Prevenibilità		<input type="checkbox"/> Esclusa <input type="checkbox"/> Improbabile <input type="checkbox"/> Possibile <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Certa				
Imputabilità		<input type="checkbox"/> Esclusa <input type="checkbox"/> Improbabile <input type="checkbox"/> Possibile <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Certa				
SCORE assegnato (tabella colori)		Frequenza (F) = Gravità (G) = Score Rischio (FxG) =				
Conseguenze		Sui pazienti <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì descrivere: Sul processo di donazione: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì descrivere: Sull'organizzazione: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì descrivere:				
Possibili cause/fattori contribuenti		Fattori del paziente				
		Fattori umani dell'individuo e del team				
		Fattori delle tecnologie e dell'ambiente di lavoro				
		Fattori organizzativi e del management				
Parole chiave report (indicare non più di 3)						
Piano di miglioramento						
Azioni correttive e preventive immediate (Sono quelle già indicate sul form di segnalazione)						
Azioni di miglioramento		Obiettivo	Risultati attesi	Modalità di valutazione	Tempi	Responsabile/i
Report inoltrato a: <input type="checkbox"/> CNT <input type="checkbox"/> CIR <input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/> Altre strutture _____ con allegata relazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						

* Da compilare ed inviare al CNT entro 1 mese dalla data di segnalazione per EA/RA con classificazione Rossa, entro 3 mesi per quelle con classificazione arancione